

## ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ (222 ЗАСЕДАНИЕ) И СЕКЦИИ ГРУДНОЙ ХИРУРГИИ МОСКОВСКОГО ОБЩЕСТВА ФТИЗИАТРОВ ОТ 26.12.95.

Председатель — проф. В. Н. Наумов  
Референт — проф. Н. С. Королева

### 1. Демонстрация

К. В. Токаев, В. К. Лебедев, А. Е. Сиваков (ЦНИИТ РАМН).

Больной А. 66 лет, поступил 17.10.95. с жалобами на кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, субфебрильную температуру, общую слабость. Направлен с диагнозом: посттуберкулезный пневмосклероз, олеоторакс с 1951 г., олеогранулема, холодный туберкулезный натечник в области левой половины грудной клетки.

Туберкулез легких выявлен в 1951 г. Наложена экстраплевральный олеоторакс слева. Через 5 лет снят с учет. До весны 1995 г. чувствовал себя удовлетворительно, работал. В мае 1995 г. появилось образование в левой половине грудной клетки, которое постепенно увеличивалось в размерах. Наблюдался у онколога. При пункционных биопсиях морфологической верификации диагноза не получено.

При поступлении в левой подмышечной области на передней грудной стенке, под большой грудной мышцей слева определяется опухолевидное образование 20 × 15 см, плотной консистенции, неподвижное. Рентгенологически слева в верхней зоне затемнение, соответствующее экстраплевральному олеотораксу. ЭКГ — перегрузка правых отделов сердца. Исследование ФВД — умеренное снижение вентиляционной функции легких. ЖЕЛ — 70% должной, умеренная гипоксия. В клиническом анализе крови — умеренный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, СОЭ — 55 мм/час. В мокроте роста неспецифической флоры и МБТ не получено. Бронхоскопия — патологии в крупных бронхах не выявлено. УЗИ — эхоплотное образование с небольшим количеством жидкости. При пункции образования получено 15 мл густого гноя.

Диагноз: хроническая туберкулезная экстраплевральная эмпиема после олеоторакса. Туберкулезный натечник левой половины грудной клетки.

02.11.95. произведено вскрытие полости эмпиемы вертикальным подмышечным доступом. При этом выделилось 150 мл густого гноя, а также обнаружено опухолевидное образование плотной консистенции, расположенное на боковой поверхности грудной стенки, врастающее в ребра на протяжении от 2-го до 4-го, интимно связанное с сосудисто-нервным пучком подмышечной области. Послеоперационный период без осложнений. Проводилась открытая санация эмпиемы.

29.11.95. произведен второй этап — удаление опухолевидного образования передней грудной стенки. Дугообразным парастеральным разрезом от 3-го ребра с переходом на подключичную область рассечены мягкие ткани до ребер. Из-под большой грудной мышцы выделено опухолевидное образование размерами 15 × 15 см, которое удалено в блоке с передними отрезками 2—4 ребер. Рана ушита наглухо. Послеоперационный период без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Однако через 2 месяца наступил рецидив опухоли. В дальнейшем планируется рентгенотерапия.

Результат гистологического исследования: туберкулезная экстраплевральная эмпиема, фибросаркома.

Цель демонстрации: показать редкий случай хронической экстраплевральной эмпиемы через 40 лет после олеоторакса с наличием резко выраженной реакции соединительной ткани и развитием на этом фоне фибросаркомы мягких тканей грудной стенки.

### Ответы на вопросы:

При гистологическом исследовании — картина хронической эмпиемы и фибросаркомы. Больного оперировали с диагнозом

хронической экстраплевральной туберкулезной эмпиемы. В связи с выраженным воспалительным процессом операцию делали в два этапа с интервалом в 22 дня.

### Прения

В. П. Стрельцов. По счастью, подобных наблюдений становится меньше. После наложения олеоторакса выполнение операции значительно затруднено. Если у больного действительно фибросаркома, оперировать его не стоит.

А. В. Дубровский. 30 лет назад имелось подобное наблюдение. Была сделана резекция ребер вместе с опухолью. Окончательный диагноз так и не был установлен. Третьего этапа операции у этого больного делать не нужно, так как вряд ли удастся выполнить радикальную операцию, а само оперативное вмешательство опасно.

В. Д. Колесников. Диагноз опухоли не был поставлен до операции. Следовало повторить пункцию и попытаться верифицировать диагноз. При выполнении операции нужно было все-таки стремиться к радикализму.

Г. Н. Матцкевич. До операции важно было провести трансторакальное ультразвуковое сканирование на современном аппарате.

В. Н. Наумов (заключительное слово председателя).

Наблюдение очень сложное в диагностическом плане и в то же время поучительное. До сих пор нет окончательной ясности у морфологов. Выполнять радикальную операцию при наличии гноя в плевре было опасно. Препараты консультировали с морфологами Онкологического центра, которые и высказали мнение о наличии ангиосаркомы.

### 2. Доклад

М. И. Перельман, В. П. Стрельцов, А. А. Воробьев (Институт фтизиопульмонологии МЗ РФ). **Амбулаторное обследование больных в легочной хирургии**

Доклад опубликован в журнале "Грудная и сердечно-сосудистая хирургия".

### Ответы на вопросы

Отказ от операции после амбулаторного обследования было всего 4. Больных обследовали бесплатно.

### Прения

В. В. Борисов. В докладе подняты проблемы медицинского и организационного плана. В медицинском плане все понятно. Что касается организационного плана, то здесь есть вопросы, так как хирургические койки зачастую пустуют. Правда, амбулаторное обследование сокращает внутрибольничную инфекцию.

А. А. Вишневецкий. Амбулаторно обследовать больных хорошо, но надо все это делать в одном учреждении и так, чтобы не было очередей на те или иные исследования. Нужны диагностические отделения в ведущих учреждениях и высококвалифицированные специалисты.

В. П. Стрельцов (заключительное слово докладчика). Для решения задачи важны высокий профессионализм и техническое оснащение.

В. Н. Наумов (заключительное слово председателя). Нужно стремиться к тому, чтобы больной меньше лежал до операции. Всегда есть опасность внутрибольничной инфекции, особенно туберкулезной. У нас сейчас много пустых торакальных коек, так как ранее было рассчитано длительное пребывание больных. Амбулаторно нужно обследовать в первую очередь горожан, интеллигенцию. Не нужно делать лишних исследований. Если у больного рак легкого, его все равно нужно оперировать, даже если у него обнаружены вирусы СПИДа или австралийского антигена. Нужно идти по тому пути, по которому идет весь мир.



**ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ  
СЕКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ (223 ЗАСЕДАНИЕ) И СЕКЦИИ ГРУДНОЙ ХИРУРГИИ  
МОСКОВСКОГО ОБЩЕСТВА ФТИЗИАТРОВ ОТ 18.03.97.**

Председатели — акад. М. И. Перельман, проф. В. Н. Намов  
Референт — проф. Н. С. Королева

**Демонстрации**

1. М. И. Перельман, О. Н. Отс, Л. К. Бронская, Г. И. Семенов, Ф. Х. Хакимов (ММА им. И. М. Сеченова и РНИИ фтизиопульмонологии). **Больной после парастеральной окклюзии бронха и легочных сосудов с последующей пневмоэктомией по поводу туберкулеза.**

Больной Я., 28 лет, поступил 15.09.96. с диагнозом: пострезекционная туберкулезная эмпиема плевры слева с множественными бронхиальными свищами, МБТ+, состояние после нескольких операций на левом легком по поводу кавернозного туберкулеза.

Впервые кавернозный туберкулез легких выявлен в мае 1995 г. В диспансере по месту жительства в течение трех месяцев проводилась терапия 3—4 препаратами без положительной динамики. В  $S_{VI}$  левого легкого сформировалась каверна размерами 4 × 5 см. 19.07.95. произведена резекция  $S_{VI}$  с помощью сшивающих аппаратов. Послеоперационный период осложнился ателектазом нижней доли, остаточной полостью с эмпиемой. 22.08.95. оперирован повторно. Произведены удаление оставшейся части нижней доли левого легкого, санация и дренирование эмпиемы плевры. Эмпиема рецидивировала с формированием множественных бронхиальных свищей. 13.09.95. оперирован третий раз. Выполнена резекция заднебоковых отрезков 7—8 ребер с формированием торакостомы, однако и это не позволило снять интоксикацию и улучшить состояние больного. Для дальнейшего лечения переведен в РНИИ фтизиопульмонологии.

При поступлении состояние средней тяжести. Сохраняются признаки гнойной интоксикации, дефицит веса 10—12 кг. Из торакостомы — гнойное отделяемое с микобактериями туберкулеза и золотистым стафилококком. Произведено расширение узкой торакостомы. В течение 6 месяцев инфузионной, антибактериальной терапии и местного лечения удалось санировать полость эмпиемы. В смыве из бронхов и в мазках со стенок полости МБТ не определялись. Больной прибавил в весе 6 кг. Однако оставшаяся верхняя доля левого легкого находилась в состоянии фиброателектаза. На ее поверхности имелись множественные бронхиальные свищи, через которые во время кашля выходил воздух. Сохранялось торакостомическое отверстие 10×8 см с грубыми рубцами вокруг.

После наступившей стойкой стабилизации состояния больного стало возможным удаление оставшихся отделов левого легкого и закрытие торакостомы. Однако в связи с высоким риском рецидива эмпиемы и возникновения свища культи бронха оперативное вмешательство было решено выполнить в два этапа.

Первый этап произведен 27.11.96. Интубация трахеи однопросветной трубкой. Положение больного на спине. Слева парастерально произведена резекция хрящевых участков 2, 3 и 4-го ребер. Широко вскрыт перикард. Произведено выделение левой легочной артерии, а затем верхней легочной вены (нижняя вена была перевязана ранее во время лобэктомии). Оба сосуда дважды прошиты аппаратом УС и пересечены. Вскрыт задний листок перикарда, после чего выделен и резецирован участок левого главного бронха длиной 2 см. Краниальная культи его ушита аппаратом УО-40, а каудальная — узловыми викариловыми швами. Средостение дренировано и рана зашита наглухо. Послеоперационный период без осложнений.

Второй этап произведен через 2,5 мес 19.02.97. Положение больного на правом боку. Иссечены рубцовые ткани вокруг торакостомы и она расширена. Через этот доступ произведено выделение из рубцовых тканей и удаление верхней доли, элементы которой были обработаны во время первого этапа. Выскоблены острой ложкой стенки эмпиемы. Полость плевры обработана низкочастотным ультразвуком, антисептиками, антибиотиками и в нее введены два дренажа. Торакостомическое отверстие закрыто двумя слоями мышц — широчайшей и зубчатой — и кожей. В послеоперационном периоде плевральную полость контролировали и санировали через оставленный тонкий дренаж, который был удален через 2 недели. Дальнейшее течение гладкое. Выздоровление.

Плановое гистологическое исследование удаленного легкого подтвердило клинический диагноз: инфильтративный туберкулез

легких в фазе распада, туберкулезный бронхит, туберкулезная эмпиема плевры.

Больному предполагается продолжить антибактериальную терапию с реабилитацией в условиях специализированного санатория.

**Цель демонстрации:**

1). Представить новый в методическом плане вариант этапного удаления оставшихся отделов левого легкого после парастеральной трансперикардиальной окклюзии бронха и легочных сосудов.

2). Показать, что предварительная резекция бронха с перевязкой сосудов легкого, находящегося в состоянии фиброателектаза, при наличии торакостомы, не осложняет течение заболевания, облегчает выполнение последующей резекционной операции и уменьшает риск развития ее осложнений.

**Ответы на вопросы**

Для закрытия торакостомы произведена миоластика. Выполнение операции в два этапа представлялось более безопасным. Второй этап операции выполнялся через торакостому. Длина бронхиальной культи около 1 см.

**Прения**

А. В. Дубровский. Следует поздравить авторов демонстрации с хорошим эффектом, полученным при лечении очень тяжелого больного. Тактика была правильной. Встает вопрос: если нет большого смещения средостения, стоит ли идти парастеральным доступом или лучше делать частичную стернотомию.

М. И. Перельман (заключительное слово докладчика). К лечению таких больных нужно подходить индивидуально. Если нет смещения средостения, лучше делать стернотомию. Стандарта здесь быть не может. На сегодня значительно улучшилось инструментальное оснащение. Аппараты есть любые, с любым изгибом, любого размера. Следует учитывать конкретную ситуацию.

В. Н. Намов (заключительное слово председателя). Лечение подобных больных достаточно сложно. Демонстрация иллюстрирует возможности современной торакальной хирургии.

2. М. И. Перельман, Л. М. Гудовский, А. А. Бунятян, К. А. Абдумуратов, М. А. Выжигина, Е. А. Учкина (НЦХ РАМН). **Больной с эмфиземой легких и дыхательной недостаточностью III степени после лобэктомии по поводу рака.**

Больной С., 65 лет, поступил 05.12.97 с жалобами на одышку в покое, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, периодические колющие боли в области сердца. Патология в легком обнаружена во время рентгенологического обследования в июне 1996 г.

При поступлении состояние средней тяжести. Ожирение — избыток веса 26 кг. Кожные покровы повышенной влажности, видимые слизистые оболочки с цианотичным оттенком. Аускультативно в легких масса сухих свистящих хрипов. Тоны сердца приглушены, тахикардия. АД 160/80 мм рт. ст. КЩС — декомпенсированный дыхательный ацидоз:  $pCO_2$  — 71,  $pO_2$  — 22 мм рт. ст. Рентгенологически легочные поля повышенной прозрачности. Легочный рисунок обеднен. Слева в  $S_{IX}$  — округлой формы тень с неровными полициклическими контурами, размерами 5×4 см. При компьютерной томографии в нижней доле левого легкого обнаружено мягкотканное образование диаметром 4,5 см. Бронхопульмональные и медиастинальные лимфоузлы не увеличены. ЭКГ: рубцовые изменения миокарда в передне-септальной области. Эндоскопически подвижность мембранозной части трахеи и обоих бронхов повышена, при кашле просвет их сужен более чем на 2/3. Слизистая оболочка отечная и гиперемирована. В просвете бронхов значительное количество слизисто-гнойного секрета. Показатели функции внешнего дыхания резко снижены, ЖЕЛ составляет 46,93% должн., проба Тиффно — 23,79%.

Клинический диагноз: периферическое узловое новообразование нижней доли левого легкого, по-видимому, рак. ИБС, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь II ст., пневмосклероз, эмфизема легких, хронический обструктивный бронхит, экспираторный стеноз трахеи и обоих главных бронхов, дыхательная недостаточность III ст., ожирение II ст.

С целью предоперационной подготовки проведены санационные бронхоскопии, кардиальная и бронхолитическая терапия.

24.12.96. произведена операция — нижняя лобэктомия слева с удалением лимфатических узлов корня нижней доли легкого. Морфологическое исследование: эпидермоидный рак с метастазами в



один из лимфоузлов. Вокруг опухоли картина панацинарной эмфиземы, периваскулярного и перибронхиального склероза.

В ближайшем послеоперационном периоде проводились массивная антибактериальная, кардиальная и бронхолитическая терапия, санационные бронхоскопии. Ко времени выписки одышки в покое нет. Показатели функции внешнего дыхания по сравнению с дооперационными улучшились: ЖЕЛ достигла 58,3% должн., проба Тиффно — 37,15%. Выписан домой на 16-е сутки в удовлетворительном состоянии.

#### Цель демонстрации:

показать улучшение функции внешнего дыхания у больного с диффузной эмфиземой легких, которому была произведена лобэктомия по поводу рака.

#### Прения

О. Н. О т с. Проблема лечения диффузной эмфиземы легких на сегодня актуальна. Данная демонстрация показывает, что операция при эмфиземе легких приводит к улучшению состояния больного. Этому посвящено много работ в зарубежной литературе.

А. А. Б у н я т я н. С точки зрения анестезиолога, операция у больного с эмфиземой и дыхательной недостаточностью всегда опасна. Но в данном случае имелись абсолютные показания к операции. Удаление пораженной доли легкого привело к лучшему расправлению его оставшейся части.

З. Н. А й т а к о в. Демонстрация подтверждает возможность и целесообразность выполнения операции у больных с эмфиземой легких.

В. Д. К о л е с н и к о в. Эффект операции налицо, хотя полностью обяснить его трудно.

А. А. А д а м я н. У онкологических больных с выраженной эмфиземой легких подобные операции показаны. У больных с хроническими нагноительными процессами такого эффекта добиться, по-видимому, не удастся.

А. И. П и р е г о в. Больной компенсировался в очень короткий временной период. Лучевое лечение у него вряд ли целесообразно, так как оно может ухудшить дыхательную функцию.

М. И. П е р е л ь м а н (заключительное слово докладчика).

В 1911 г. проф. Рубашев защитил докторскую диссертацию на тему: "Хирургическое лечение эмфиземы легких". Он предлагал делать резекцию реберных хрящей, чтобы увеличить объем грудной клетки. Позже у больных с диффузной эмфиземой легких американцы предложили уменьшать объем легких. Но это не значит, что всех больных с эмфиземой легких нужно оперировать. Речь идет об особом контингенте больных, у которых можно получить положительный эффект.

В. Н. Н а у м о в (заключительное слово председателя).

Демонстрация интересна и важна. Она показывает перспективы легочной хирургии.

#### Д о к л а д

А. А. А д а м я н (Институт хирургии им. А. В. Вишневского)  
**Современные подходы к разработке и клиническому применению полимерных материалов в пульмонологии.**

Успехи химии полимеров, наряду с совершенствованием методов хирургического лечения заболеваний легких, позволили создать на стыке этих двух научных направлений ряд оригинальных материалов и методологию их применения. Для остановки профузных кровотечений, сопровождающихся нарушениями свертывающей системы крови, созданы эмболы из гидроксиэтилметакрилата. Введенный в сосуд эмбол со временем прорастает соединительной тканью, исключая реканализацию сосуда. Создано второе поколение рентгеноконтрастных, биологически активных гидрогелевых эмболов с тромбином и метатрексатом. С целью герметизации

раневых поверхностей легкого и культи бронха успешно применяются клеевые композиции как самостоятельно, так и для укрепления швов.

Биологические клеи ПАСК и РАБРОМ на основе фибрина и фибронектина плазмы крови оказались эффективнее синтетических для целей пульмонологии. Тем не менее, проблема клеевого соединения тканей до настоящего времени не решена окончательно. Композиции на основе фибриновых клеев и составы на основе коллагена используются для пломбировки кистозных образований, каверн и остаточных плевральных полостей. Однако успех может быть достигнут при пломбировке лишь малых по размеру, хорошо санированных, не инфицированных, лишенных некротических тканей внутрилегочных полостей.

При лечении эмпиемы плевры наиболее эффективными оказались принципы сорбционно-аппликационной терапии с помощью разработанных на основе поливинилового спирта (ПВС) сорбентов. Одним из наиболее эффективных в мировой практике для открытого метода лечения эмпиемы признан полифункциональный дренирующий сорбент гелевин, ставший основой серии биологически активных композиций с пролонгированным выходом лекарственных препаратов (лизосорб), а также биологически активный коллоидный раствор ПВС с иммобилизованным протеолитическим ферментом (терролитиним) и антисептиком (йодом и диоксидом) как для открытого, так и для закрытого пункционного метода лечения.

При наличии свищей нижнедолевого бронха или периферических бронхоплевральных сообщений временную эндобронхиальную окклюзию выполняют крупноячеистой поливинилформалеовой губкой, пропитанной гелеобразным биологически активным жидким ПВС, характеризующимся стимулирующим и ранозаживляющим свойствами. Приведенная методика способствует сокращению сроков санации полости плевры.

При лечении эмпиемы плевры открытым методом сорбент лизосорб наносится на марлевые тампоны, пропитанные полиэтиленгликолевой основой водорастворимых масел, после чего тампоны погружают в полость плевры. Комбинированное применение лизосорба и основы водорастворимых масел обеспечивает более пролонгированный эффект и полную сорбцию отделяемого. При наличии бронхиального свища его прикрывают со стороны плевральной полости пластиной гидроксиэтилметакрилатной губки, пропитанной биологически активным жидким ПВС, обеспечивающей бактерицидный стимулирующий эффект и благоприятную для заживления свища оптимальную влажную среду.

Эффективность лечения эмпиемы увеличивается при сочетанном использовании жидких (для промывания плевральной полости) и порошкообразных (для пролонгированного дренирования раны) форм ПВС.

Созданные углеродсодержащие эндопротезы ребер позволили разработать и внедрить в практику обширные окончательные резекции грудной стенки при опухолях с одномоментным восстановлением дефекта костного каркаса. Материал нашел широкое применение при травматических повреждениях грудной стенки и пороках ее развития.

Широкое внедрение полимерных материалов в практику пульмонологических клиник наряду с сокращением сроков лечения значительно улучшило его результаты.

М. И. П е р е л ь м а н (заключительное слово председателя). Докладчик является руководителем государственного центра перевязочных и шовных материалов. Доклад информативный и важный, так как правильное применение полимеров помогает разрешить ряд проблем в торакальной хирургии. Важен вопрос о шовных материалах, клеях, материалах для эмболизации бронхиальных артерий, закрытия остаточных полостей.

## ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ (224 ЗАСЕДАНИЕ) И СЕКЦИИ ГРУДНОЙ ХИРУРГИИ МОСКОВСКОГО ОБЩЕСТВА ФТИЗИАТРОВ ОТ 27.05.97.

Председатель — д.м.н. Л. М. Г у д о в с к и й  
Референт — проф. Н. С. К о р о л е в а

#### Д о к л а д

Ю. Ф. И с а к о в, Э. А. С т е п а н о в, А. Ю. Р а з у м о в с к и й  
(Кафедра детской хирургии РГМУ, ДКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова, Республиканская детская клиническая больница) **Некоторые аспекты детской торакальной хирургии.**

За последние 15—20 лет в детской торакальной хирургии наметилась тенденция в сторону увеличения пороков развития легких и пищевода. Резко снизилось количество детей в хронических нагноительных процессах в легких. Помимо традиционных хирургических вмешательств на легких, экстирпация и резекция бронхов при поражении отдельных сегментов является методом выбора. Подобная тактика предупреждает возможность провисания и перегиба бронха, исключает продувание со стороны раневой







лечении казеозного некроза легкого, в частности, о хирургическом лечении этой патологии.

#### Д о к л а д

**З. Н. А й т а к о в** (Московский городской онкологический диспансер). **Рак легкого в Москве и некоторые аспекты его лечения.**

Рак легкого продолжает оставаться главной темой внимания как отечественной, так и зарубежной служб онкологии. Повсеместно отмечается неуклонный рост заболеваемости и смертности при этом страдании. Так, в США в 1996 году заболело раком легкого 94 400 мужчин и 64 300 женщин, то есть в соотношении 1,5:1,0. В России в 1993 году раком легкого заболело 59 300 мужчин и 10 900 женщин или 5,5:1,0. Отмечается рост заболеваемости раком легкого и в остальных странах Европы и особенно в Юго-Восточной Азии. В Москве с учетом данных уровня заболеваемости раком легкого по России и значительным преобладанием в городе лиц старшего и пожилого возраста следовало бы ожидать ежегодную заболеваемость раком легкого на уровне 4700—5000 чел., но в действительности эта цифра ежегодно не превышает 3300—3500 чел. Мы проследили заболеваемость раком легкого в г. Москве за последние 15 лет. За этот период население города выросло почти на миллион человек, изменились демографические показатели в сторону увеличения удельного веса лиц старшего и пожилого возраста, а заболеваемость раком легкого в абсолютных цифрах не изменилась. Так, в 1982—1986 гг. раком легкого болели 16 208 человек, в следующей пятилетке 17600, а в третьей (1992—1996 гг.) 16 614 чел. При этом соотношение числа заболевших мужчин и женщин изменилось с 3,6:1,0 в первой пятилетке, 3,8:1,0 во второй до 4,0:1,0 в третьей. Общие "грубые" интенсивные показатели заболеваемости на 100 тыс. человек практически оставались стабильными на уровне: 36,5—40,0, в том числе у мужчин 65,0—72,0, а у женщин — 13,0—14,5. Эти показатели в последние годы имели явную тенденцию к снижению. Повозрастные интенсивные показатели с учетом пола также не выявили роста заболеваемости практически ни в одной возрастной группе, но показали, что в возрасте от 40 до 70 лет мужчины заболевают раком легкого в 10 и более раз чаще, чем женщины этого же возраста, а в возрасте старше 70 лет — только в пять раз чаще.

Стабильным, к сожалению, остается все годы число первично неоперабельных больных (25—29%).

Показали операбельности, по нашим данным, напрямую зависели от возраста больных. До 50 лет оперировали из числа заболевших практически каждого третьего больного, в 50—59 лет — уже 21 — 30%, в 60—69 лет — лишь 9—13% из числа заболевших, в возрасте 70 лет — в первые годы наблюдений только 0,5—1,5% и лишь в последние годы 4—5%. Если учесть, что 6 из каждых 10 заболевших были старше 60 лет, в том числе 3 старше 70 лет, то общая операбельность при раке легкого в Москве остается неудовлетворительной. В первые годы наших наблюдений она была на

уровне 12—14%, на рубеже 80—90-х гг. поднялась до 18—19%, но затем стала опускаться. В 1996 г. из 3231 заболевшего оперативному лечению было подвергнуто только 404 чел., или 12,6%. При этом процент отказа больных от операций в последние годы снизился с 12—13% в 80-е годы до 8—9% в 90-е гг. Снижение операбельности рака легкого в Москве в последние годы, по нашему мнению, напрямую связано со снижением числа профилактических осмотров, забвением планового осмотра лиц групп повышенного риска, высоким процентом рентгенологических ошибок на уровне районных поликлиник и больниц, неоправданно длительным обследованием и лечением больных в общесоматических стационарах и туберкулезных диспансерах. Низким остается уровень консультаций многих онкологов, но самым страшным злом является неоправданный отказ больным в лечении в поликлиниках и стационарах врачами разных специальностей по таким причинам, как возраст, обычные возрастные заболевания (пневмосклероз, атеросклероз, эмфизема легких), инфаркт или инсульт в анамнезе, диабет, пилонефрит и другие заболевания.

Полноценная бронхологическая помощь в специализированных пульмонологических стационарах на ранних стадиях заболевания, неотложная консультативная помощь высококвалифицированного онкопульмонолога, обязательное флюорографическое обследование хотя бы раз в два года всех лиц старше 40 лет — вот реальные шаги повышения операбельности при раке легкого в масштабах города и страны в целом.

#### О т в е т ы н а в о п р о с ы

Уменьшение процента операбельности в Московских стационарах можно объяснить низкой квалификацией врачей. За последние годы увеличилось количество пневмонэктомий и сократилось число пластических операций. Отрицательную роль в выявлении рака легкого играет отсутствие в последние годы флюорографии.

#### П р е н и я

**В. Н. Наумов**

Следует думать, что больных раком легкого старше 70 лет целесообразно и возможно оперировать.

**Л. М. Гудовский**

За последние годы уменьшение числа операций в ряде учреждений связано с необходимостью платы за операцию. Маленьких раков стало меньше, так как практически нет флюорографии.

**М. И. Перельман** (заключительное слово председателя).

С диагностикой рака легкого стало хуже, так как нет массовых профилактических осмотров населения и квалификация врачей довольно низкая. Выход один: диспансеризация населения. Резектабельность и операбельность у диспансеризованного контингента больных достаточно высокая. Важно также повышать квалификацию врачей и совершенствовать организацию онкологической помощи населению. Нельзя не отметить хорошую работу торакального отделения Горонкодиспансера Москвы.

Свидетельство о регистрации № 75

Редактор **И. В. Яшина**  
Корректор **И. В. Яшина**

Компьютерная верстка **А. С. Василейский**  
Художественный редактор **П. П. Ефремов**

Подписано в печать 19.02.98. Формат 84 x 108 1/16. Печать офсет. Усл. печ. л. 12.  
Усл. кр.-отт. 14,28. Тираж 2000 (1 завод 1—1200). Заказ 62.

ООО Научно-практический журнал «Пульмонология»  
Отпечатано с готовых диапозитивов ОАО «Рекламфильм»